ITEM 162 : INFECTIONS GENITALES DE LA FEMME

INFECTION GENITALE HAUTE

IGH = regroupent les différentes formes d'infections utéro-annexielles compliquées ou non : endométrites, salpingites, abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite d'origine génitale. Les endocervicites isolées sont exclues. Elles peuvent être graves et sources de séquelles.

Salpingite = infection bilatérale des trompes utérines (plus rarement unilatérale), généralement associée à une infection utérine (**endométrite**)

- **IST les plus fréquentes** : chlamydiose, gonococcie, syphilis, trichomonase (OMS 2013)
- Monde : Plus d'un million de personnes contractent une IST/jour (500 M/ an contractent une des 4 IST les plus fréquentes)
- Le plus souvent 2^{aire} à une infection génitale basse sexuellement transmissible, par voie ascendante
- Agents en cause : ***Chlamydia trachomatis, Gonocoque, Syphilis, Trichomonas vaginalis*** (leucorrhées verdâtres malodorantes), ***Streptocoque, E. Coli, Staphylocoque, Mycoplasma ureaplasma***, **HPV**, **HSV** (**IST + atteinte générale = penser VIH**)
- **FdR** : femme jeune ≤ 25 ans, précocité des 1ers rapports sexuels, partenaires multiples (≥ 2 dans l'année), le changement de partenaire récent ou partenaire diagnostiqué avec IST, rapports non protégés, les toxiques (tabac, drogue, alcool), prostitution, incarcération, ATCD d'IST

Physio

- Mécanismes à l'origine de l'infection tubaire : IST +++/ iatrogène (0,1%-0,2% après hystéroscopie ; 0,5-5,5% après IVG)
- **Infection ascendante** : vagin et/ou col utérin ⇒ cervicite ⇒ endométrite ⇒ salpingite/abcès tubo-ovarien ⇒ péritonite
- **Transmission sexuelle (+++)** : **2 principaux : *Chlamydia trachomatis*** (+++ 50-60%), **gonocoque** ; mais aussi *Bacteroides fragilis*, entérobactérie (*E. coli, Proteus, Klebsiella*), *Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum*, streptocoque, staphylocoque
- **Geste invasif endo-utérin** : curetage, IVG, hystéroscopie, hystérosalpingographie, pose de DIU…
- **Transmission par contiguïté** (appendicite, sigmoïdite) : exceptionnelle

Diagnostic d'IGH non compliquée

Diagnostic d'IGH

- Douleur pelvienne spontanée évoluant depuis plus de 4 jours (le plus souvent) ± syndrome rectal évocateur d'une IGH compliquée d'un abcès du Douglas.
- **Critères majeurs** (l'absence des critères tend à éliminer le diagnostic d'IGH) :
  → **Douleur pelvienne spontanée** (en l'absence d'autres pathologies)
  → **ET : douleur annexielle provoquée et/ou douleur à la mobilisation utérine**
- **Critères additifs** (chaque critère présent augmente d'autant la probabilité d'IGH) :
  → Interrogatoire : ATCD IST, contexte post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente, métrorragies, syndrome rectal (ténesme, empreinte)
  → Examen clinique : T° > 38°C, leucorrhées purulentes
  → Examens complémentaires :
. Elévation de la CRP
. Présence de Chlamydiae trachomatis, gonocoque ou Mycoplasma genitalium à l'examen bactériologique
. Histologie : endométrite à la biopsie endométriale (bonne sensibilité et spécificité), salpingite à la biopsie fimbriale
. Présence de signes échographiques spécifiques : épaississement pariétal tubaire > 5 mm, OU signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies donnant un aspect de septa incomplet), OU masse hétérogène latéro-utérine aux cloisons ± cloisonnés avec de fins échos
- Absence d'autres pathologies : cf. diagnostics différentiels.

SC

- **Palpation abdominale** : **défense hypogastrique** (30%), palpation de l'hypochondre droit
- **Examen au spéculum** : leucorrhée, cervicite, glaire cervicale louche, métrorragie
- **TV** : - **Douleur à la mobilisation utérine** (quasi-pathognomonique)
  - **Douleur à la palpation des annexes** et **empâtement douloureux des culs-de-sac vaginaux**
- Complications : - **Irritation péritonéale** : **abcès pelvien**, **pelvipéritonite**
  - **Douleur en HCD** : **périhépatite**, **syndrome de Fitz-Hugh-Curtis ?**

Bio

- **Syndrome** inflammatoire (**NFS**, **CRP**) : généralement normaux en cas d'IGH non compliquée mais si négatifs diagnostic n'est pas exclu.
- Eliminer un diagnostic différentiel : **β-hCG** (**GEU**), **BU/ECBU** (**infection urinaire**)
- **Bactério** :
. **Prélèvement d'endocol +++** : après pose de spéculum, 3 écouvillons ou 1 seul avec transport en milieu adapté, **examen direct + PCR Chlamydia**, **gonocoque** et **Mycoplasma**
. **Prélèvement vaginal** : à défaut, si pose de spéculum impossible
. **Hémoculture** si fièvre/frissons
. En cas de contraception par **DIU** : **PAS DE RETRAIT SYSTEMATIQUE**, **le** retrait du DIU est discuté dans les formes compliquées ou en cas de mauvaise évolution dans les 3-5 jours suivant le début de l'antibiothérapie
- **Bilan IST** : **sérologie VIH** (après accord), **syphilis** (TPHA ±VDRL), **VHB**, **VHC**

DD

- **TDM+++ ± IRM abdomino-pelvien avec IV si** doute clinique et échographique : diagnostic différentiel (urinaire, digestif, gynécologique)

- **Appendicite aiguë pelvienne**
- **Infection urinaire**
- **GEU**
- **Sigmoïdite diverticulaire**
- **Cholécystite**
- **Autres causes de douleurs pelviennes** : torsion d'annexe ++, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture)...

	Coelioscopie diagnostique	- Examen pas seulement diagnostique, intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique = Indiquée si : - Doute diagnostique malgré imagerie complète - Signes de gravité infectieux - Absence d'amélioration **> 48h** d'antibiotiques - Collection pelvienne abcédée - **Diagnostic coelioscopique** : œdème tubaire, érythème tubaire et exsudat fimbrial au niveau du pavillon - Exploration de la cavité péritonéale et recherche d'un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis - **Prélèvements bactériologiques** du cul-de-sac de Douglas et des trompes - Si aspect macroscopique normal en cas de suspicion d'IGH : prélèvement histologique, endométrial ou par biopsie fimbriale - Pronostic de la fertilité ultérieur : selon la sévérité des lésions tubaires et pelviennes (stérilité) - Thérapeutique : **adhésiolyse péri-tubo-ovariennes**, **drainage de pyosalpinx**, **lavage péritonéal**
Complication aiguë	**Abcès pelvien**	= **Pyosalpinx** (abcès de la trompe), **abcès tubo-ovarien** (**ATO**) ou **abcès du Douglas** : 10-35% des cas - **Signes infectieux généraux** (fièvre, AEG) avec **syndrome inflammatoire biologique marqué** - **Douleurs pelviennes** importantes, **masse latéro-utérine** fixée au TV - Diagnostic : **échographie** ± **scanner/IRM**, voire **coelioscopie** - TTT : **drainage chirurgical ou radiologique si ATO de plus de 3-4 cm + antibiothérapie**
	Pelvipéritonite aiguë	= **Péritonite à point de départ tubaire** : salpingite non ou insuffisamment traitée - Tableau de péritonite aspécifique : **syndrome infectieux**, **iléus réflexe**, **défense abdominale sous-ombilicale** voire **contracture** - **TDM abdomino-pelvien avec IV** : confirmation diagnostique, élimine une origine extra-génitale - TTT : **prise en charge chirurgicale**
	Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis	= **Périhépatite** (inflammation de la capsule de Glisson du foie) à *Chlamydia* (80%) ou gonocoque (20%) - **Douleur de l'hypochondre droit**, **fièvre**, **syndrome inflammatoire biologique** - **Bilan hépatique** et **échographie hépatique** : normaux - Diagnostic à la **coelioscopie** : adhérences inter-hépato-diaphragmatiques en corde de violon
Complication tardive	Séquelle tubaire	- **Stérilité tubaire** : 1ère cause de stérilité tubaire - **GEU** : principal facteur de risque de GEU (RR = 10)
	Récidive	= **20%** des cas : - Traitement mal suivi ou inadapté - Recontamination : absence du traitement du partenaire…
	Salpingite chronique	- Favorisée par traitement inadapté ou insuffisant = **Lésions tubaires** avec **adhérences tubo-pelviennes** : - Généralement asymptomatique, ou **douleurs pelviennes chroniques**, **dyspareunie profonde**, possible **syndrome de Fitz-Hugh-Curtis** - Diagnostic repose sur la coelioscopie
	Autres	**- Algies pelviennes chroniques** (15%) : mal expliquées (même après traitement), parfois invalidantes **- Avortement spontané précoce** : par inflammation de l'endomètre
TTT	⇒ **Ambulatoire** possible si : IGH simple ; les patientes doivent être revues à J3-J5 pour évolution clinique, tolérance, observance thérapeutique et résultats microbiologiques ⇒ **Hospitalisation** en service de gynécologie en cas d'IGH compliquées: **VVP**, **mise à jeun en vue d'une coelioscopie**	
	Antibio-thérapie	= **Antibiothérapie probabiliste** sans attendre les résultats, adaptée secondairement : - Par voie IV initialement si compliquée, ou par voie orale d'emblée en ambulatoire <u>IGH non compliquée</u> : **- En première intention** : triantibiothérapie → **Ceftriaxone** 1g IM en 1 prise → **+ Doxycycline** 100 mg per os x2/j pendant 10 jours → + **Métronidazole** 500 mg per os x2/jour pendant 10 jours **- Alternatives** : → **Ofloxacine** 200 mg per os x2/j pendant 10 jours + **métronidazole** 500 mg per os x2/j pendant 10 jours ± **ceftriaxone** 1g IM en 1 prise → OU **Lévofloxacine** 500 mg 1/j per os pendant 10 jours + **métronidazole** 500 mg per os x2/j pendant 10 jours ± **Ceftriaxone** 1g IM en 1 prise → OU **Moxifloxacine** 400 mg per os 1/j pendant 10 jours ± **ceftriaxone** 1g IM en 1 prise <u>IGH non compliquées nécessitant une hospitalisation</u> : **- En première intention** : triantibiothérapie → **Ceftriaxone** 1 g en IV en 1 prise → **Doxycycline** 100 mg per os ou IV x2/j pendant 10 jours → **Métronidazole** 500 mg per os ou IV x2/j pendant 10 jours **- Alternatives** : → **Doxycycline** 100 mg per os ou IV x2/j + **céfoxitine** 2g x4/j IV puis relais par **doxycycline** 100 mg per os x2/j pendant 10 jours + **métronidazole** 500 mg per os x2 par jour pendant 10 jours → OU **clindamycine** 600 mg IV x3/j + **gentamicine** 5 mg/kg/j IV ≤ 3 jours puis relais par **clindamycine** 600 mg per os x3/j pendant 10 jours

TTT	**Antibio-thérapie**	IGH **compliquées** nécessitant une hospitalisation : **durée totale du traitement = 14 jours pouvant être prolongée à 21 jours selon l'évolution** - **Traitement d'induction en hospitalisation en première intention** : → **Ceftriaxone** 1 à 2 g en IV → **+ Métronidazole** 500 mg IV ou per os x3/j → **+ Doxycycline** 100 mg IV ou per os x3/j → + si signe de gravité **Gentamicine** 5 mg/kg/j IV ≤ 5 jours (adaptation fonction rénale) + avis réa **- Traitement d'induction en hospitalisation**, **alternatives** : → **Céfoxitine** 2 g IV x4/j + **doxycycline** 100 mg IV ou per os x2/j → OU **Clindamycine** 600 mg IV x4/j + **gentamicine** 5 mg/kg/j IV **- Relais par voie orale** : → **Doxycycline** 100 mg per os x2/j + **métronidazole** 500 mg per os x3/j → OU **Clindamycine** 600 mg per os x3/j → OU **Ofloxacine** 200 mg per os x 3/j + **métronidazole** 500 mg per os x3/j → OU **Lévofloxacine** 500 mg per os 1 fois par jour + **métronidazole** 500 mg per os x3/j → OU **Moxifloxacine** 400 mg per os 1 fois par jour
	Coelioscopie	- D'emblée si complications : signe de gravité infectieux ou abcès pelvien - En l'absence d'amélioration après **> 48h** d'antibiothérapie
	Abcès associé = IGH compliquée	- **Drainage systématique** si **> 3-4 cm** **- Radiologie interventionnelle** : . **Voie transvaginale à préférer** échoguidée . **Voie transrectale** scannoguidée . **Coelioscopie** en 2de intention
	Mesures associées	- Blocage de l'ovulation par **contraception oestroprogestative** (mise à repos des ovaires, prévention des complications ovariennes) - Eviter exposition solaire pendant le traitement par cyclines (photosensibilisation cutanée +++) - **Dépistage des IST et TTT du/des partenaire**(**s**) : **azithromycine** 1g en dose unique si *Chlamydia* ou ciblée selon le germe en cause - **Rapports sexuelles protégés** jusqu'à la fin du traitement - Ne pas oublier les traitements antalgiques (paliers 1 à 2 ++)
	Surveillance	- Disparition des symptômes en 4 jours : **consultation** si symptômes persistants à J4 - Vérification clinique de la guérison systématique : **cs à J7** ± **prélèvements** si toujours symptomatique - **Dépistage de recontamination à *Chlamydia*** à 3-6 mois
Prévention	Prévention des IST	- Utilisation systématique du **préservatif** - Dépistage régulier des IST, notamment à l'arrêt du préservatif ou après un comportement à risque
	Dépistage d'infection à *Chlamydia*	= Infection fréquente, souvent asymptomatique : dépistage par **PCR** sur 1er jet urinaire - Femmes < 25 ans et hommes < 30 ans - Femmes > 25 ans et hommes > 30 ans multipartenaires ou ayant un nouveau partenaire

LEUCORRHEE

Leucorrhée = écoulement non sanglant provenant de l'appareil génital féminin, pouvant être **physiologique** (par sécrétion de la glaire cervicale et la desquamation vaginale) ou **pathologique** (témoin d'une infection)
- Flore habituelle protectrice : **bacille de Döderlein** (= **lactobacille**), à l'origine du pH acide (3,8 à 4,5)

Diagnostic

SF

- **Caractéristiques de la leucorrhée** : abondance, aspect, odeur, variations au cours du cycle
- Contexte : changement récent de partenaire, signes cliniques chez le partenaire, traitement médical (ATB, COP, favorisent la mycose), geste invasif endo-utérin (IVG, aspiration endo-utérine, hystérectomie, hystérosalpingographie...), terrain favorisant (diabète, immunodépression), grossesse,...
- **Signes associés** : **fièvre**, **prurit vulvaire**, **douleurs pelviennes**, **dyspareunie**, **signes fonctionnels urinaires**
- **Signes éventuels chez le partenaire** : rougeur, brûlure, écoulement, irritation

SC

- **Prise de la température**
- **Inspection de la vulve** : inflammation locale (**vulvite**), lésion
- **Spéculum** : visualisation de leucorrhée, de la muqueuse vaginale (recherche de signes inflammatoires (**vaginite**), de lésions vaginales), du col (**cervicite**) et **prélèvements**
- **TV** : douleur à la palpation ou à la mobilisation de l'utérus et des annexes cf. **IGH**

DD

Leucorrhées physiologiques

= Parfois abondante, mais non irritante, inodore, sans polynucléaires
- **Glaire cervicale** (sécrétée par l'endocol) : translucide, cristallise en fougère, ⍰ de J8 à J15
- **Desquamation vaginale** : laiteuse, peu abondante, opalescente, ⍰ en fin de cycle

PC

Examen direct en consultation

- **Examen extemporané** sur lame : polynucléaire, *Trichomonas*, filaments mycéliens
- **Test à la potasse 10%** («sniff test») : odeur de poisson pourri ⇒ *Gardnerella,* anaérobie

Examen de laboratoire

= Non systématique, indiqué si :
- Clinique atypique
- Leucocytes à l'examen direct sans agent identifié
- Signes d'IGH
- Urétrite chez le partenaire
- Echec d'un 1er traitement médical ou récidive
- **Prélèvement vaginal standard** : recherche de candidose, vaginose ou vaginite
- Recherche d'IST : **PCR *Chlamydia***, **gonocoque** (± **mycoplasme** en 2nd intention)
- **Prélèvement endocervical** (avec transport sur milieu Portagerm®) si suspicion d'IGH

Leucorrhée physiologique : blanche/transparente, indolore, ⍰ en phase pré-ovulatoire
- Prélèvement vaginal : polynucléaires rares, flore de Döderlein abondante, sans germe pathogène

Leucorrhée pathologique : aspect anormal, SF associé (et parfois chez le partenaire : urétrite, balanite…)
- Prélèvement vaginal : polynucléaires nombreux et altéré, flore de Döderlein rare/absente, germe pathogène

Vulvo-vaginite

Non IST

Mycose à *Candida albicans*

= Saprophyte humain (≠ IST) : infection endogène, favorisée par l'hyperacidité vaginale

FdR
- Modifications hormonales : **grossesse**, **ménopause**
- Pathologie générale : **diabète**, **immunodépression**
- TTT : **antibiotique** ++, **oestroprogestatif**, **corticoïdes**, **anticholinergique**, **progestatif**
- **Hygiène locale inadaptée** : toilettes excessives, antiseptiques locaux
- **Causes locales favorisant la macération** : pantalons trop serrés, sous-vêtements synthétiques, piscine...

Dg
- **Leucorrhée** blanchâtre, grumeleuse (lait caillé), inodore avec **prurit et brûlure vulvaire**, **dyspareunie ± dysurie**, lésions de grattage
- **Vulve inflammatoire**, **œdémateuse** ± **extension au périnée postérieur** fréquente
- Examen direct +++ : **filaments mycéliens**

⇒ Diagnostic clinique : prélèvement vaginal (avec mise en culture sur milieu de Sabouraud et antifongigramme) seulement si doute diagnostique ou mycose récidivante

TTT
- **Antifongique local** (**sertaconazole**, **fenticonazole**) : **ovule** (en 1 fois) ± **crème** si atteinte vulvaire (7-10 jours)
- **Savon alcalin** ou **neutre** pour la toilette intime (PAS DE TOILETTE VAGINALE)
- TTT du partenaire si balanite ou mycose récidivante : **pommade antifongique** (10 jours)

Mycose récidivante

Vaginose bactérienne

= Déséquilibre de la flore vaginale : prolifération bactérienne anormale, notamment de bactéries **anaérobies** type ***Gardnerella vaginalis*** ou ***Mycoplasma hominis***
- **Leucorrhée** grisâtre, peu abondante, malodorante
- Diagnostic : - **Test à la potasse positif/sniff-test** (odeur poisson pourri), **pH vaginal alcalin**
  - **Présence de *clue cells*** à l'examen extemporané (pathognomonique)
  - **Disparition de la flore bactérienne normale** : **score de Nugent**
- TTT : **métronidazole** oral = 2 g en monodose ou 500 mg x2/jour pendant 7 jours

<table>
<tr><td rowspan="3">Vulvo-vaginite</td><td rowspan="3">IST</td><td rowspan="3">Trichomonas vaginalis</td><td colspan="2">= Contamination vénérienne par un parasite (protozoaire flagellé)
- FdR : alcalinisation du milieu (savon de Marseille), hypo-œstrogénie</td></tr>
<tr><td>Dg</td><td>- Leucorrhée verdâtre, nauséabonde (odeur de plâtre frais), mousseuse, avec brûlure
- Vulvo-vaginite et cervicite avec piqueté hémorragique, col rouge framboisé
- Examen direct : protozoaire flagellé visible, polynucléaires et PCR</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Métronidazole : oral (2 g en prise unique) ou ovule (1/j pendant 10 jours)
- En 2nd intention : métronidazole 500 mg x 2/j pendant 10 jours
Secnidazole 2g en dose unique
→ Traitement systématique du partenaire</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Cervicite infectieuse</td><td rowspan="3">IST</td><td>Chlamydia trachomatis</td><td colspan="2">- Portage asymptomatique fréquent
- Mise en évidence par PCR sur 1er jet urinaire ou sur l’endocol
- Traitement :
☐ Urétrite : Azithromycine 1g PO en prise unique ou doxycycline (200 mg/j en 2 prises pendant 7 jours ; de plus en plus de cas de résistances à l'azithromycine)
☐ LGV et prostatite : Doxycycline 3 semaines
☐ Salpingite : C3G + métronidazole + doxycycline</td></tr>
<tr><td>Gonocoque</td><td colspan="2">- Fréquemment asymptomatique (portage simple)
- Leucorrhées purulentes (jaunes ou verdâtres) ± signes d’urétrite ou de skénite
- Examen au spéculum : cervicite avec glaire purulente, parois rouges, saignant au contact
- Diagnostic par PCR sur prélèvements vaginaux</td></tr>
<tr><td>Mycoplasme</td><td colspan="2">- Leucorrhées inconstante mais endocervicite fréquente parfois discrète
- Mycoplasma genitalium (IST des 15-25 ans souvent) : à rechercher en cas de PCR Chlamydia et gonocoque négative
- Mycoplasma hominis, Ureaplasma (non-IST) : rôle pathogène discuté, mais rôle dans les pathologies obstétricales (prématurité, RPM)
- PCR Mycoplasma +
- TTT : cycline pendant 7 jours ou azithromycine 1 g en prise unique</td></tr>
<tr><td>Cervicite non infectieuse</td><td>Non IST</td><td>Causes variées</td><td colspan="2">- Cause néoplasique : à évoquer devant des leucorrhées persistante ou des hydrorrhées
- Femme ménopausée :
☐ Toujours penser au cancer du col
☐ Vaginite sénile : traitement hormonal
- Jeune fille :
☐ Vulvovaginite fréquente sur germes banals (streptococcus pyogenes) ou mycose (oxyurose)
☐ Ne pas méconnaitre le corps étranger ++</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Autres</td><td colspan="2">Infection bactérienne</td><td colspan="2">= Streptocoque, E. coli, S. aureus…
- Symptomatologie variable
- Diagnostic par le prélèvement vaginal</td></tr>
<tr><td colspan="2">Infection génitale haute</td><td colspan="2">= Inflammation de la muqueuse utérine, généralement 2ndr à un geste invasif endo-utérin
- Tableau clinique : douleurs pelviennes, leucorrhées, fièvre</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Cas particuliers</td><td colspan="2">Cause néoplasique</td><td colspan="2">- Cancer du col de l’utérus : leucorrhée ± associées à des métrorragies provoquée ⇒ FCU après traitement de l’infection
- Pathologie utérine ou tubaire : hydrorrhée</td></tr>
<tr><td colspan="2">Femme ménopausée</td><td colspan="2">- Vaginite sénile : atrophie et modification de la flore vaginale par carence hormonale ⇒ TTT hormonal
- Origine néoplasique cervicale, endométriale ou tubaire</td></tr>
<tr><td colspan="2">Jeune fille</td><td colspan="2">- Germe généralement banal : Streptococcus pyogenes, oxyurose, mycose
⇒ Rechercher un corps étranger intravaginal</td></tr>
</table>

VULVO-VAGINITE	IST	Signes	Examen	Traitement
Mycose à *Candida albicans*	Non	**Leucorrhée** : **-** Blanchâtre - Grumeleuse (lait caillé) - Inodore **Prurit vulvaire ± dysurie**	**Filaments mycéliens**	**Antifongique local** : **sertaconazo** **fenticonazole** **Savon alcalin** ou **neutre** pour la toilette intime
Vaginose bactérienne = anaérobies type ***Gardnerella vaginalis***	Non	**Leucorrhée** - Grisâtre - Peu abondante - Malodorante	**Test à la potasse positif** **pH vaginal alcalin** **Présence de *clue cells*** **Disparition de la flore bactérienne normale** : **score de Nugent**	**Métronidazole** = 2 g en monodose ou 1g/jour pendant 7 jours
Parasitaire = *Trichomonas vaginalis*	Oui	**Leucorrhée** - Verdâtre - Nauséabonde (odeur de plâtre frais) - Mousseuse **Brûlure**	**Protozoaire flagellé visible** Polynucléaires	**Métronidazole** - **Oral** 2 g prise unique) - **Ovule** pendant 10 jours ⇒ Traitement systématique du partenaire

SYPHILIS		
	- Germe : *Treponema pallidum, spirochète* - Germe fragile, difficile à mettre en évidence - Incubation 3 à 4 semaines - **Réactions croisés avec d'autres tréponèmes** (problèmes de faux positif) Syphilis précoce : forme primaire, secondaire et latente précoce Syphilis tardive : forme tertiaire et latente tardive	
	Clinique	- **Syphilis primaire** : incubation en moyenne de 3 semaines . Ulcération unique superficielle indolore, de 5 à 15 mm à fond propre, limites nettes et bien indurée . Adénopathie inguinale récente, ferme, indolore et souvent unilatérale, non inflammatoire - **Syphilis secondaire** : . Eruption cutanéomuqueuse (roséole : macule rose pâle disséminées sur le tronc, sans signes fonctionne // syphilides papuleuses : cuivrée, localisées au visage, tronc, membres, génitales, fine desquamation lésionnelle évocatrice) ± fièvre, arthralgies, ADP… . 6S à 6M après l'apparition du chancre - **Syphilis tertiaire** : atteinte cutanée (gommes), neurologique, cardiovasculaire. Plusieurs années après le contage (rare) - **Syphilis latente** : pas de signes cliniques, précoce si évolue depuis < 1 an, tardive dans le cas contraire

Diagnostic

- Mise en évidence du **tréponème au MO à fond noir** : seul diagnostic de certitude (néanmoins ne se fait qu sur des sérosités du chancre primaire)
- Sérologies : **TPHA-VDRL ± FTA** (apparaît 5 à 8 jours après le chancre)

Attention : si le contage est récent le TPHA-VDRL peut être négatif ; un test au FTA ou une 2e sérologie seron préconisés

- ELISA détectant les IgM (rarement faite)
- Seule le VDRL est nécessaire pour le suivi de l'efficacité du traitement

Types	Interprétations
Test tréponémique – Test non tréponémique –	Absence de tréponématose* Tréponématose* très récente (incubation, 5 à 15 premiers jours du chancre) Tréponématose guérie traitée précocement
Test tréponémique + Test non tréponémique +	Tréponématose* traitée ou non, guérie ou non **Interprétation dépendant de la cinétique du test non tréponémique**
Test tréponémique – Test non tréponémique +	Syphilis primaire (dans 10 % des cas le test non tréponémique se positive avant le test tréponémique) Faux positif
Test tréponémique + Test non tréponémique –	Tréponématose guérie (cicatrice sérologique) Tréponématose très précoce (premiers jours du chancre) Syphilis tertiaire très ancienne (rare)

* Avec impossibilité de différencier la syphilis des tréponématoses non vénériennes.

Tableau 9.3 B **« Fausses sérologies de la syphilis » (causes non tréponémiques d'une positivité du VDRL*)**

Causes infectieuses	Causes non infectieuses
Bactériennes : lèpre, tuberculose, pneumococcie, leptospirose, borréliose, scarlatine Virales : varicelle, oreillons, mononucléose infectieuse, hépatite virale, rougeole, VIH Parasitaires : paludisme…	Grossesse Toxicomanie intraveineuse Hépatopathie chronique Gammapathie monoclonale Lupus érythémateux systémique Syndrome des anti-phospholipides Cancers

* Les positivités non tréponémiques du TPHA sont exceptionnelles (lupus systémique, maladie de Lyme…).

Traitement

- **Syphilis récente** (primaire, secondaire et latente précoce) : benzathine benzylpénicilline 2.4MUI (IM)
- **Syphilis tardive** (latente tardive, ou tertiaire) : 3 IM de benzathine benzylpénicilline
- En cas d'allergie à la pénicilline → doxycycline 200mg/j 14 jours
- Grossesse :
  - Syphilis primaire, secondaire ou latente depuis moins d'un an : traitement minute, Extencilline 2,4M IM 1 injections
  - Co-injection VIH : discuter CISIH pour éventuel renforcement du traitement : 3 injections à 1 semai d'intervalle
  - Syphilis latente tardive ou d'ancienneté inconnue ou tertiaire : extencilline 2,4 MU/j IM 3 injections semaine d'intervalle
  - Prévention du phénomène d'Herxheimer : prednisone 0,25-0,5 mg/kg/j pendant 48h
  - Si allergie à la pénicilline : érythromycine 2g/j 15j ou désensibilisation

Suivi : contrôler efficacité cliniquement et biologiquement à 3 mois, 6 mois et 1 an puis tous les ans jusqu'à négativation.

Suivi biologique par le VDRL quantitatif

Doit être divisé par 4 à 6 mois.

Si ce n'est pas le cas : 3 IM de benzathine benzylpénicilline

<table>
<tr><td rowspan="4">INFECTION A GONOCOQUE</td><td colspan="2">- Neisseria gonorrhoeae : diplocoque gram négatif très fragile, intra ou extra cellulaire, encapsulé
- Diagnostic fait souvent de manière indirecte (sur des BM chez les partenaires)
- IST à DO, incidence en augmentation, incubation 2-7 jours</td></tr>
<tr><td>Clinique</td><td>Femme : asymptomatique dans 40 à 60% des cas ++
- Cervicite : leucorrhées jaunes verdâtres purulentes, pesanteur pelvienne ± urétrite ou skénite, aspect au speculum retrouvant une endocervicite purulente
- IGH : endométrite ou salpingite souvent aiguë
Homme :
- Urétrite symptomatique : écoulement purulent, dysuries, hématuries
- Epididymite, prostatite : douleurs éjaculatoires, douleurs scrotales, ténesme rectal…</td></tr>
<tr><td>Diagnostic</td><td>- Prélèvement urétral ou endocervical OU 1er jet urinaire : ED au MO retrouvant un diplocoque gram négatif + culture néanmoins la PCR remplace de nos jours la culture</td></tr>
<tr><td>Traitement</td><td>- Traitement minute par C3G (ceftriaxone 1000mg)
- Associé un traitement anti chlamydia doxycycline pendant 7 jours à privilégier par rapport à azythromycine.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">INFECTION A CHLAMYDIA TRACHOMATIS</td><td colspan="2">- Transmission sexuelle, 50 fois plus fréquente que la gonococcie, première cause IST
- bacille à gram - ; germe intracellulaire,
- Trois espèces :
. C. trachomatis : seule responsable d’IST, 15 sérovars ; les sérovars D-K donnent des infections sexuelles, périhépatiques, rhumatismes, infections néonatales. La femme est contaminante sur une courte durée (contrairement à l’homme en cas d’atteinte prostatique) L1-L2-L3 (Maladie de nicolas fabre)
. C. pneumoniae : donne des pneumopathies dites « non bactériennes »
. C. psittaci : zoonoses</td></tr>
<tr><td>Clinique
Moins bruyant que le gonocoque</td><td>Femme :
- Cervicite : leucorrhées claires voire asymptomatique
- IGH :
. Endométrite : métrorragies minimes et intermittentes
. Salpingite aiguë : Douleurs pelviennes + sd infectieux inconstant
. Salpingite silencieuse
Homme :
- IG basse :
. Urétrite subaiguë +++
. Urétrite aiguë purulente possible
IGH : orchite, prostatite subaiguë ou chronique découverte souvent sur un bilan de stérilité (néanmoins le rôle de C. trachomatis dans la stérilité de l’homme semble faible)</td></tr>
<tr><td>Diagnostic</td><td>- PCR ++ (gold standard) sur prélèvement d’endocol ou vaginal ou sur le 1er jet d’urines
- Sérologie : aucun intérêt en pratique (en cas d’IgH : IgG toujours positive, IgA très souvent, IgM rarement)</td></tr>
<tr><td>Traitement</td><td>- En cas d’IGB (PCR + et sérologie -) : azithromycine 1 g en prise unique ou doxycicline 100mg toutes les 12 heures pendant 7 jours
- PCR de contrôle à 4S et 3-6 mois après chez les patients à haut risque de réinfection.
- SI IGH : ceftriaxone, doxycyciline et métronidazole</td></tr>
</table>